

11241
11
209

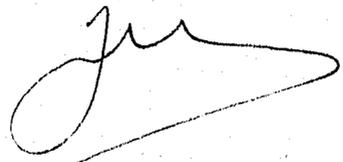
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE HOSPITALIZACION
PARCIAL EN PACIENTES PREVIAMENTE EGRESADOS DE
HOSPITALIZACION CONTINUA

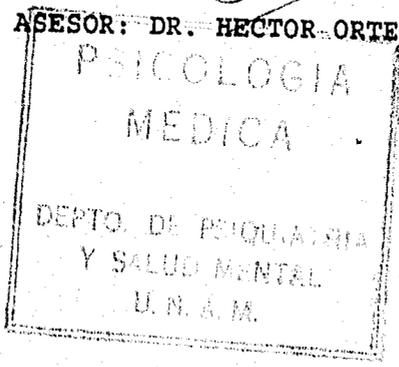
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"
SECRETARIA DE SALUD
1992 - 1994

JOSE LUIS GARCIA AGUIRRE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



PROFESOR - ASESOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO



1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I.	ANTECEDENTES	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
III.	JUSTIFICACION	18
IV.	OBJETIVOS	19
V.	HIPOTESIS	20
VI.	METODOLOGIA	20
VII.	DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	23
VIII.	CUADROS Y GRAFICOS	27
IX.	RESULTADOS Y DISCUSION	50
X.	CONCLUSIONES	54
XI.	BIBLIOGRAFIA	56

Para poder entender el papel que juega el Hospital de Día dentro del contexto actual, es necesario comprender que cada modelo de atención responde al modo de producción histórico en el cual se gesta.

Dentro de las culturas primitivas, sabemos que desde los tiempos prehistóricos, los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influenciados por la creencia universal de fenómenos sobrenaturales. La trepanación en probables casos de epilepsia u, otras expresiones de conducta violenta podía entenderse como un intento de liberar al paciente atormentado de los espíritus demoniacos que se encontraban en su cabeza.

Observamos como al paso del tiempo, aparecen los sistemas mágico-religiosos que también incluyen en los métodos curativos, pudiendo considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas, de la experiencia psicológica del hombre primitivo, solo aparentemente caótica.

Bíblicamente, la enfermedad mental es interpretada de acuerdo al marco existente y es así como encontramos múltiples ejemplos, como en el libro del Deuteronomio, en que se dice que Dios castigará al que viole sus mandamientos

"con furia, ofuscación y confusión del corazón existiendo en la actualidad sus similes dentro de la nosología psiquiátrica.

Con el transcurrir del tiempo, sabemos que cuando el imperio romano adquiere importancia política, la cultura griega dominaba los aspectos relacionados con la filosofía y el arte. Los conceptos entonces, relacionados con la medicina, conservan la idea de la organización de la mente a partir de ideas concretas, siendo el concepto hipocrático de la interacción de los cuatro humores básicos del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) el resultado de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad), lo que da origen a los temperamentos correspondientes (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático) que indicaban la orientacional emocional correspondiente y la búsqueda de un equilibrio entre los distintos humores, lo que explica la práctica de purgas, sangrías y otras prácticas similares con el fin de eliminar excesos de humores corporales.

Es durante la Edad Media, cuando el hombre de ésta época concibe al mundo únicamente en terminos de Dios. Los fenómenos anormales son aceptados como una parte intrínseca de la arquitectura del mundo. La creencia general es que los

pacientes se curan por fuerzas sobrenaturales, representadas por la intercesión de los Santos. (Incluir aquí al Malleus Malleficorum y la génesis del humanismo con Juan Luis Vives).

El feudalismo acentuaba la idealización de la mujer, que había sido alentada por los árabes y encontró expresión en la lírica romántica de los trovadores del sur de Francia. Con la decadencia de las instituciones medievales, la mujer empezó a parecer como un ser seductor y tentador que desde los tiempos del pecado original había sido poseída por el demonio y cuya finalidad última era la destrucción del hombre. La obsesión de la brujería alada (una expresión manifiesta de misoginia) floreció durante los siglos siguientes. Una persona que presentaba ideas delirantes o trastornos en la sensopercepción, se consideraba que estaba poseída por el demonio y que estaba embrujada. Gran cantidad de perversos sexuales, psicóticos seniles, esquizofrénicos, drogadictos y sociópatas eran falsamente acusados de brujería por el pueblo o se comprometían realmente de manera inconciente en prácticas de brujería mediante autosugestión.

Una buena parte de los enfermos mentales encontró una salida a sus impulsos patológicos en la guerra o manifestaciones religiosas como cruzadas o peregrinaciones, mientras que

otros eran encerrados en desvanes y sótanos, donde estaban virtualmente prisioneros de sus familiares. La mayor parte de enfermos mentales eran, simplemente abandonados.

Durante el siglo XIV se fundaron varias instituciones para el cuidado, o más bien la custodia de pacientes mentales, la primera en Valencia hacia 1409, para que desde esa fecha hasta 1489 se veran en España cinco instituciones más para la atención y el cuidado de los enfermos mentales.

Es bajo la influencia hispánica, que en 1567 se funda el primer Hospital para enfermos mentales en el Nuevo Mundo, con la creación de la orden de San Hipólito, dedicada a la atención de los enfermos mentales en la Nueva España.

Existen contradicciones en esta época, referente a las actitudes hacia el enfermo mental, ya que durante el siglo de las luces, la locura es confinada al terreno de lo absurdo y lo irracional. La glorificación de la razón y la falta de tolerancia para lo irracional, culmina con un rechazo completo del enfermo mental desde el punto de vista filosófico, lo que representaba un primer paso hacia el puritanismo.

Durante el siglo XVIII existe una contradicción básica en la actitud hacia el enfermo mental, ya que a pesar del avance

científico y las discusiones filosóficas de la mente humana y sus funciones, los enfermos mentales continuaban siendo objeto de burla y menosprecio.

Situaciones similares se dan en distintas partes del mundo, aunque destaca el hecho que se van logrando avances y algunos progresos en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. La aplicación de la Ley Isabelina de los pobres en 1601, asigna la responsabilidad del cuidado de los pobres (y con frecuencia de los enfermos mentales) a las autoridades locales, lo que condujo a múltiples y frecuentes exilios de los pacientes de una comunidad a otra. Las evidentes injusticias de esta situación dieron lugar finalmente a esfuerzos para idear mejores métodos de tratamiento. En 1744 Inglaterra establece normas para la custodia de enfermos mentales. En 1750 se abre el St Luke' Hospital, en Moorsfield. Seis años más tarde, como resultado de la influencia de Benjamín Franklin, se crea en los Estados Unidos el Hospital de Pensylvania, la primera institución pública en ese país para el cuidado de los enfermos mentales.

A pesar de todo lo anteriormente descrito, aún en las instituciones de mayor avanzada, había controversias entre los médicos que creían que el tratamiento tenía un valor potencial y los que creían que la enfermedad mental era

incurable.

Con el avance de las neurociencias, aunado a la emergencia de valores o derechos universales, las alternativas en el manejo de las enfermedades mentales encuentra cauces hacia principios del siglo XIX, con la creación de unidades de contención, más que de atención.

Aunado a lo anterior, la situación que guarda la economía de países como el nuestro, y con el apoyo de tecnologías de avanzada dentro de las vertientes terapéuticas de la psiquiatría, se hace indispensable la valoración de nuevas estrategias que permitan abatir los daños resultantes de la enfermedad mental, previniendo en lo posible recaídas, fortaleciendo su resocialización con servicios que brinden un alto nivel de calidad y a costos que el propio sistema permita.

El presente estudio busca evaluar el impacto de la Hospitalización Parcial como un recurso real entre el arsenal terapéutico de la psiquiatría, contando en la actualidad con experiencias en diferentes partes del mundo que orientan hacia resultados alentadores.

El primer antecedente con el que contamos en cuanto a experiencias de hospitalización de día es el llevado a cabo por Dzhagarov en Moscú, en 1933 (1). Resalta el hecho que su origen obedeció más al resultado de la escasez de camas y financiamiento insuficiente para construir una institución mayor para los pacientes psicóticos, que una verdadera innovación programática

Conforme esta experiencia, se desarrolla en la Adams House en Boston en 1935, y el Lady Chicester Hospital de Hove, Inglaterra.

Estos hospitales eran más parecidos a los actuales hospitales de día.

Es en Canadá en que el primer programa formal de Hospital de Día es formulado, siendo su principal promotor D. E. Cameron, en Montreal Canadá en 1947, en el Allen Memorial Institute. Este programa funcionó como alternativa a la hospitalización en régimen interno a fin de reducir la asistencia durante las 24 horas del día.

En 1948, en Inglaterra, Bieter introdujo un hospital de día como modalidad de transición entre el tratamiento interno y externo. El programa era de orientación psicoanalítica,

utilizando psicoterapia grupal e individual; terapia ocupacional, recreativa y artística, psicodrama y un club social.

El primer programa de hospitalización parcial de los Estados Unidos se creó en la Universidad de Yale en 1948, seguido de programas en la Menninger Clinic en 1949 el Mental Health Center de Massachussets, en 1952.

Los programas anteriormente enunciados proporcionaron modalidades de tratamiento individualizados para determinados pacientes que pudieran ser tratados fuera del régimen interno. El Acta de Centros de Salud Comunitaria de 1963 financió la creación de programas de hospitalización parcial, con lo que en 1980, había más de 1450 programas en los Estados Unidos, con un censo de más de 250,000 pacientes.

Con todo lo anterior en cuanto al crecimiento de estas vertientes, tenemos que esta modalidad de tratamiento cubre menos de 5% de los episodios totales de asistencia a pacientes en comparación con los tradicionales servicios internos, que cubren más del 70% de los episodios de asistencia.

Dentro de la bibliografía consultada, existen experiencias de evaluaciones previas como la de Herz y Endicott (2), en la que los autores reportan resultados que obtuvieron al efectuar un estudio controlado para comparar la eficacia del tratamiento de pacientes de hospitalización parcial versus pacientes en hospitalización continua. Los pacientes recién ingresados fueron distribuidos de manera aleatoria a las unidades de hospitalización continua y hospitalización parcial. Los pacientes fueron evaluados periódicamente, encontrándose una clara evidencia del tratamiento en hospital parcial, destacando el hecho que la familia del paciente le ofrecía elementos para que se mantuvieran los roles específicos, siendo aún más trascendental cuando el rol es primario (padre o madre, principalmente).

Por otro lado, Ettlenger, Biegel y Feder (3) realizaron un estudio en el que se distribuyeron dos grupos de pacientes, uno de ellos canalizado a hospital parcial antes de ser dados de alta y otro al que se envió directamente al núcleo familiar al salir de hospitalización continua sin pasar por hospital parcial, siguiendo los criterios de sexo, , edad, raza, estado civil, diagnóstico, tiempo de hospitalización y atención posterior, encontrándose que los resultados difieren de acuerdo a la modalidad de tratamiento y si en ésta se observó la participación de la hospitalización

parcial. Los autores refieren que se observa una efectividad del hospital parcial muy alta, sobre todo durante el egreso inmediato y aún mediato. Este estudio relata la importancia de las vivencias del paciente que sólo transcurre por hospitalización continua y que durante su internamiento este paciente sólo convive con pacientes hospitalizados, y al egresar convive únicamente con personas no identificadas como pacientes psiquiátricos y con una vida diametralmente opuesta a la de la hospitalización continua y por ende distinta en naturaleza, vertientes y objetivos. Es durante su estancia en la hospitalización parcial, en que convive y desarrolla actividades terapéuticas con énfasis en la reinserción social en que transcurren periodos de adaptación hacia la vida fuera de hospitales, junto con otros pacientes con los que puede crecer y desarrollar de manera paulatina y con objetivos claros y específicos que explicarían los resultados encontrados. Estos autores hacen especial énfasis en la necesidad de generar alternativas de hospitalización parcial que permitan incrementar aún más los beneficios de esta modalidades terapéuticas, ya que conforme avanza el tiempo se pierden paulatinamente muchos de los logros obtenidos.

Por otro lado, Vidalis y Baker (4) se plantean una serie de cuestionantes, refiriendo que a pesar de los estudios sobre las bondades de esta modalidad terapéutica, es aún prematuro

de poder darle el peso que se supone tiene. Refieren por ejemplo que han encontrado que el 29% de los pacientes ingresados en estos programas desertan antes de cumplir las primeras cuatro semanas, generando así una serie de dispendios injustificados, así como que en otro hospital de día se encontró que al término de la estancia hospitalaria el 48% de 100 pacientes seguía igual y aún peor que al ingreso (Niskanen, P 1947). Ante la interrogante de si se puede mejorar esta situación, los autores destacan el hecho de que son los criterios de selección para inclusión en la hospitalización parcial los que en mucho trascenderán en los logros finales, así como las actividades de motivación que logren fortalecer la conciencia de enfermedad así como el apego al tratamiento.

Goldman (5), expone la importancia de poder atender y entender al paciente psiquiátrico en cuanto a la serie de acciones terapéuticas de que es objeto, relacionado por sensaciones de sentirse perseguido por el personal de salud por un lado y por la ingesta de medicamentos por otro, así como por las reacciones que en su imaginación o en la realidad se den. Es importante que dentro de la hospitalización parcial se den los foros donde los pacientes manifiesten estas preocupaciones y darles la importancia que se requiere, ya que el no hacerlo así hace correr el riesgo de que abandone la medicación y el manejo en total.

Alfs y McClellan (6) han encontrado que el perfil del paciente de ingreso a hospitalización parcial no es tan amplia como pudiera desearse, exponiendo diferentes casos, casi todos ellos relacionados con trastornos mentales y del comportamiento secundarios al abuso de múltiples drogas, poseían una pobre capacidad de respuesta a esta modalidad de tratamiento, con tendencia al abandono temprano de medicamentos, así como el reinicio de la ingesta de sustancias prohibidas.

Vidalis, Preston y Baker (4), refieren que no solo los padecimientos psiquiátricos de tipo psicótico son susceptibles de ser manejados en la hospitalización parcial, exponiendo que durante un estudio llevado a cabo en pacientes con sintomatología básicamente depresiva no psicótica, después de seis semanas de trabajo, se observaron logros importantes, relacionados con la autoestima y con su funcionamiento general. Destaca el hecho que estos pacientes habían venido siendo tratados por consulta externa y aún ingresados en hospitalización continua con pobres resultados, por lo que fueron ingresados a programas de hospitalización parcial.

De acuerdo al Programa de Trabajo existente en el Servicio de Hospitalización Parcial, encontramos que el Hospital de Día, es una modalidad de Hospitalización Parcial y

representa la instancia de prevención, tratamiento y rehabilitación dentro del Hospital Psiquiátrico y tiene como finalidad la integración de la persona con trastornos psiquiátricos a su familia y a su comunidad. De acuerdo a la estructura que lo conforma, permite desarrollar diversas medidas terapéuticas sin desvincular al paciente de su medio, ya que la atención se brinda de 8:00 a las 14:00 hrs. permaneciendo el paciente externo, rebasando así la atención tradicional y brindando al paciente una atención integral desde el punto de vista bio-psico-social, donde no sólo se busca la recuperación temporal de la salud del paciente, sino que éste permanezca en un adecuado estado, integrándose a su medio familiar y social como un ser productivo.

El programa de Hospitalización de día surge, justificando su existencia, ante la necesidad de implementar acciones terapéuticas específicas como complemento del tratamiento farmacológico tradicional, pues como sabemos, por sí solo obtiene muchas veces resultados parciales, por lo que es importante reforzar este tratamiento para evitar en lo posible, las recaídas y por consiguiente los reingresos a hospitalización continua.

Dentro de los objetivos planteados en el servicio, destacan:

- 1.- El de rehabilitar, resocializar y reinsertar al paciente a su medio familiar, laboral y social.
- 2.- Brindar asistencia al enfermo mental, disminuyendo el costo de estancia hospitalaria, sustituyendo días cama por horas tratamiento.
- 3.- Aumentar el nivel de autonomía del paciente psiquiátrico tanto, dentro como fuera del hospital.
- 4.- Iniciar la rehabilitación en el contexto hospitalario y continuarse en su casa.
- 5.- Mejorar el funcionamiento individual, familiar y laboral.
- 6.- Crear conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica tanto al familiar como al paciente.
- 7.- Realizar actividades educativas, culturales y deportivas para reactivar sus capacidades perceptivo-motoras.
- 8.- Promover el desarrollo de capacidades residuales de la personalidad del paciente.
- 9.- Realizar un trabajo estrecho con la familia del paciente para que apoye y fomente el tratamiento.
- 10.- Responsabilizar al paciente y a su familia del tratamiento.
- 11.- Establecer un sistema adecuado de apoyo profesional a pacientes externos.

12.- Abordar la problemática del paciente desde el punto de vista bio-psico-social.

13.- Brindar actividades de terapia ocupacional para la reactivación psicomotriz.

Si bien la hospitalización parcial brinda atención a pacientes canalizados de los Servicios de Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización continua y aún pacientes de la comunidad referidos por Centros de Salud o que acudan por sí solos, en el presente trabajo se analizará solamente a los pacientes provenientes de Hospitalización Continua.

Dentro de las actividades que se realizan durante la estancia en la hospitalización parcial en su modalidad de Hospitalización de Día se enumeran las siguientes:

- 1.- Psicoterapia grupal
- 2.- Sociodrama
- 3.- Cine-debate
- 4.- Asamble de pacientes
- 5.- Actividades deportivas
- 6.- Expresión artística
- 7.- Biblioterapia
- 8.- Salidas culturales y deportivas
- 9.- Talleres de terapia ocupacional
- 10.- Lectura comentada del periódico

- 11.- Orientación familiar
- 12.- Consulta individual interdisciplinaria
- 13.- Valoración psiquiátrica
- 14.- Toma de medicamentos

Todas estas actividades distribuidas a lo largo de la semana, de acuerdo al cronograma diseñado para tal efecto.

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la magnitud y trascendencia de las enfermedades mentales, manifestadas por la cronicidad y el alto número de recaídas que se observan, surgen nuevas alternativas terapéuticas, que buscan reinsertar en el ámbito socioeconómico al paciente, siendo necesario conocer de manera clara y objetiva los alcances de las diferentes modalidades, para retroalimentar de la mejor manera posible los sistemas de atención a la salud vigentes.

III JUSTIFICACION

Ante la necesidad de evaluar metodológicamente la Hospitalización Parcial como una modalidad terapéutica de avanzada, compatible con la ciencia y tecnología actual y dentro de un contexto socioeconómico y cultural aceptado por la población usuaria de los servicios psiquiátricos, el presente estudio pretende demostrar que la Hospitalización Parcial emerge como una sólida alternativa de acuerdo a los indicadores en salud existentes.

IV.- OBJETIVOS

GENERAL: Identificar los beneficios de la Hospitalización Parcial, sobre la evolución del enfermo

mental egresado de Hospitalización Continua.

ESPECIFICOS:

- Identificar la patología prevalente en los grupos "A" y "B".
- Identificar la frecuencia y distribución de la edad, sexo, escolaridad y estado civil - en los grupos "A" y "B".
- Cuantificar el número de consultas programadas (Consulta externa) y no programadas (Urgencias) presentadas en los grupos "A" y "B".
- Cuantificar el promedio de días estancia hospitalaria (DEH) por reinternamiento en los grupos "A" y "B".

V.- HIPOTESIS

- 1.- Los pacientes egresados por mejoría de Hospitalización Parcial, presentan un mejor control del padecimiento, lo que disminuye el número de reinternamientos.

- 2.- El promedio de DEH en los pacientes usuarios de Hospitalización continua es menor cuando existe el antecedente de tratamiento por Hospital Parcial.

VI.- METODOLOGIA

TIPO DE DISEÑO: Se realiza un estudio de tipo analítico retrospectivo, de Casos y Controles, obteniendo la información a partir de fuentes secundarias, mediante la revisión de los expedientes clínicos de cada sujeto en estudio.

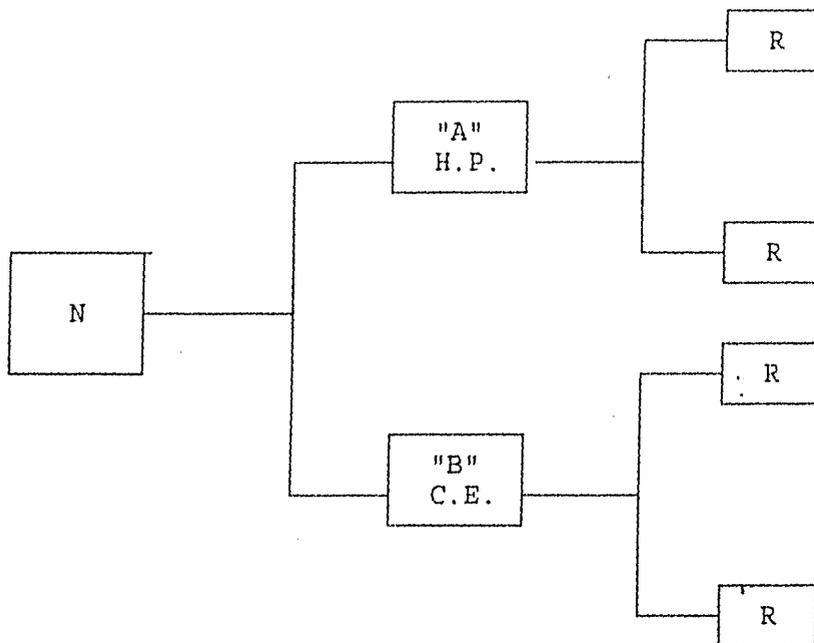


Figura 1.- Diseño del estudio.

POBLACION OBJETIVO:

GRUPO "A" CASOS: Todos los pacientes usuarios del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", egresados por mejoría del servicio de Hospitalización Continua y que posteriormente fueron tratados por Hospitalización Parcial.

GRUPO "B" CONTROLES: Pacientes que egresaron por mejoría de Hospitalización Continua, que continuaron su control por Consulta

Externa en el Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino alvarez".

CRITERIOS DE SELECCION:

DE INCLUSION

- Pacientes usuarios del Hospital Psiquiátrico "Fray - Bernardino Alvarez", adultos de ambos sexos.
- Que hayan completado su tratamiento en el período comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1992.
- Que residan en el D.F. o área metropolitana.

DE EXCLUSION

- Pacientes egresados por causas distintas a "Mejoría"
- Pacientes con retraso mental moderado y grave.

DE ELIMINACION

- Pacientes derechohabientes del ISSSTE y PEMEX.
- No contar con toda la información requerida, en el expediente clínico.

VARIABLES

Independientes

- Tratamiento por Hospitalización Parcial, siendo egresado por mejoría.
- Tratamiento por Hospitalización continua únicamente siendo egresado por mejoría.

Dependientes

- Reinternamiento: equivale a la recaída del padecimiento que se manifiesta como agudización de la sintomatología psiquiátrica, demandando atención por el servicio de urgencias dentro de los 18 meses siguientes al egreso por mejoría.
- Promedio de días estancia: por recaídas, ameritando internamiento en Hospitalización continua.

VII: DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se trata de un diseño retrospectivo, a partir de fuentes secundarias (expediente clínico); la población bajo estudio se constituyó en base a:

- 1) Todos los pacientes tratados por el servicio de Hospital Parcial como grupo de casos y,
- 2) Como grupo control, se tomó una muestra estadística a partir de todos los pacientes elegibles que egresa

ron por mejoría de Hospitalización continua y que -
 posteriormente continuaron en control por C.E.
 Se efectuó el cálculo de la muestra y se seleccionaron
 los controles por el método aleatorio sistemático, nu-
 merado a todos los pacientes que reunían los criterios
 de selección. Se recabó la información en una cédula -
 cuantificando las variables bajo estudio, realizando la
 tabulación manualmente, se presenta la información me-
 diante cuadros y gráficas.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se obtuvo una muestra de 129 elementos, adicionando un-
 10 % como factor de pérdida, haciendo un total de 142 -
 elementos para estudio. Se decide tomar toda la pobla-
 ción identificada como casos siendo esta de 42 elemen-
 tos y como controles 100 pacientes, lo que da una razón
 de 1:2.4 casos: controles.

CALCULO DE LA MUESTRA

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{z^2 PQ}{E^2}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

Donde:

$Z = 1.96$ para el 95 % de confianza, alfa de 0.05.

Nivel requerido para generalizar los resultados hacia toda la población de donde proviene la muestra.

$P = 0.1$ Es la probabilidad de que ocurra el evento bajo estudio; probabilidad de que un paciente de Hospitalización continua sea tratado posteriormente por hospitalización Parcial.

$Q = 0.9$ Probabilidad de que no ocurra el evento.

$P + Q = 1$

$E = 0.05$ Indica la apreciación con que se generalizan los resultados.

$N = 1980$ Total de pacientes egresados de Hospitalización continua durante el período bajo estudio, que cumplían los criterios de selección.

MANEJO ESTADISTICO

Desde el punto de vista estadístico se manejan variables cualitativas nominales: Patología prevalente, reinternamiento, sexo, edo.civil, escolaridad y variables cuantitativas discretas: edad, días estancia.

Se obtienen medidas de frecuencia:razones, proporciones media y desviación estándar.

Como medida de asociación se aplica la Razón de monomios o Razón de productos cruzados (RPC). Para el análisis estadístico se aplican las pruebas de Ji cuadrada - (X) y Z

CUADRO 1
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
EN LOS GRUPOS BAJO ESTUDIO

No. CAUSAS	C.I.E. 9a. REV.	No. CASOS	% *
1.- PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS	295	36	25.4
2.- PSICOSIS ORGANICAS	294	33	22.3
3.- DEPENDENCIA A DROGAS	304	15	10.6
4.- EPILEPSIA	345	12	8.5
5.- PSICOSIS ALCOHOLICA	291	9	6.3
6.- PSICOSIS AFECTIVAS	296	5	3.5
7.- TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	301	4	2.8
8.- SIND. DEPENDENCIA ALCOHOL	303	4	2.8
9.- PSICOSIS POR DROGA	292	4	2.8
10.- PSICOSIS NO ORGANICAS	298	3	2.1
TODAS LAS DEMAS Y LAS NO ESPECIFICADAS		17	12.0
T O T A L		142	100.0

* Porcentaje en relacion al total
 FUENTE: Expedientes clinicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 2
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO EN LOS
GRUPOS BAJO ESTUDIO

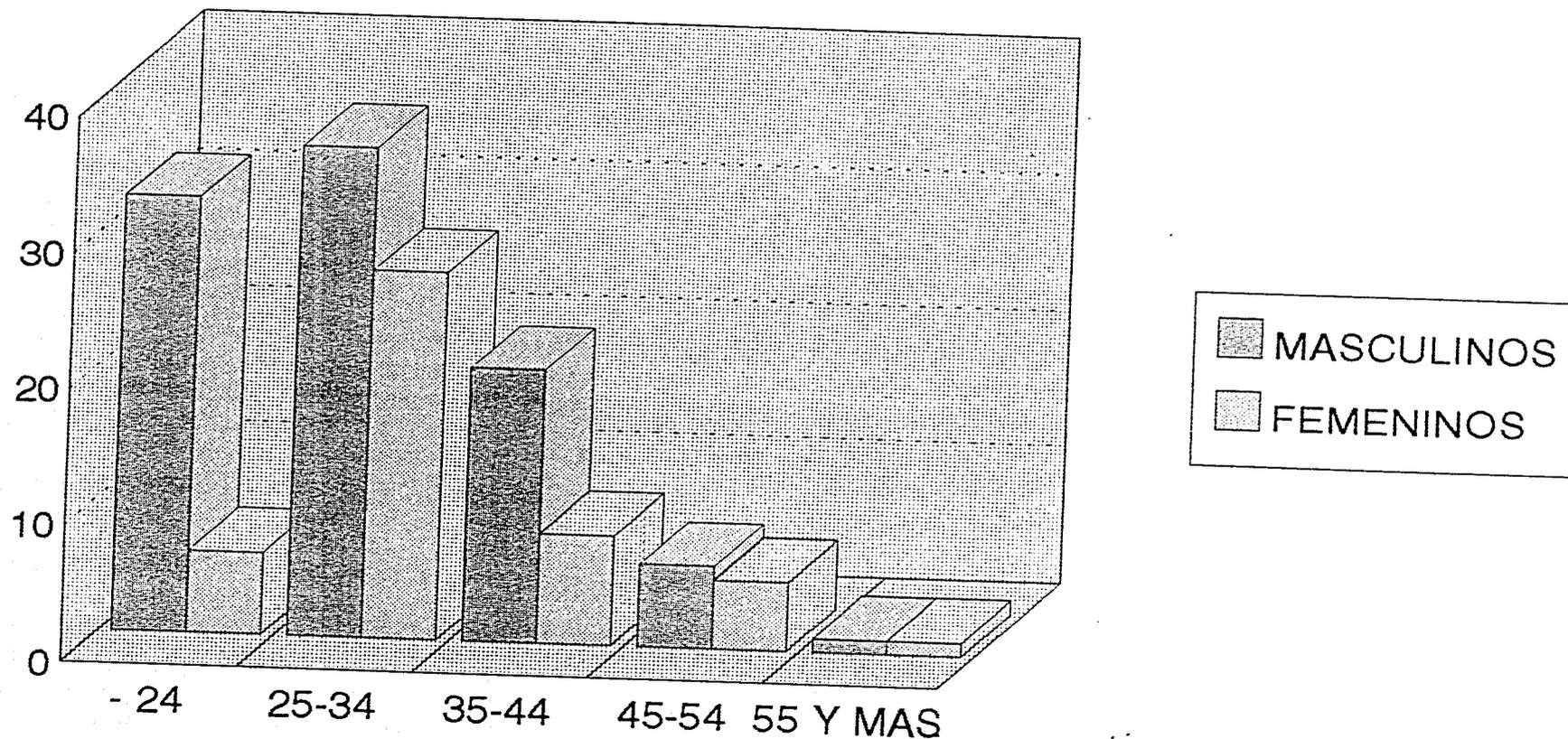
EDAD	SEXO				T O T A L	
	MASC.	%	FEM.	%	No.	T O T A L
MENOR A 24	32	12.5	6	4.2	38	26.7
25 - 34	36	25.4	27	19.1	63	44.5
35 - 44	20	14.1	8	5.6	28	19.7
45 - 54	6	4.2	5	3.5	11	7.7
55 Y MAS	1	0.7	1	0.7	2	1.4
T O T A L	95	66.9	47	33.1	142	100.0

Porcentajes en relación al total

FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO EN LOS GRUPOS BAJO ESTUDIO

GRAFICO 2



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

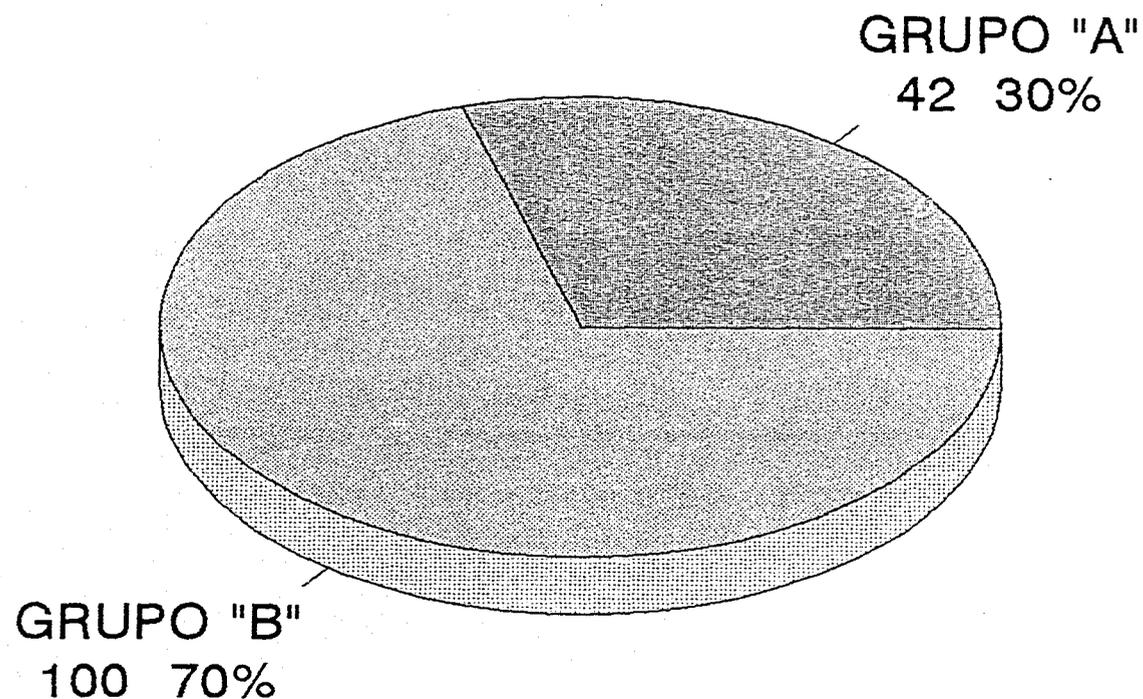
CUADRO 3
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN
TIPO DE TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO	No. DE PACIENTES	%
CON HOSPITALIZACION PARCIAL GRUPO "A"	42	29.6
SIN HOSPITALIZACION PARCIAL GRUPO "B"	100	70.4
T O T A L	142	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO

GRAFICO 3..



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.
GRUPO "A" = CON HOSPITALIZACION PARCIAL
GRUPO "B" = SIN HOSPITALIZACION PARCIAL

CUADRO 4
DISTRIBUCION POR SEXO
GRUPO " A "

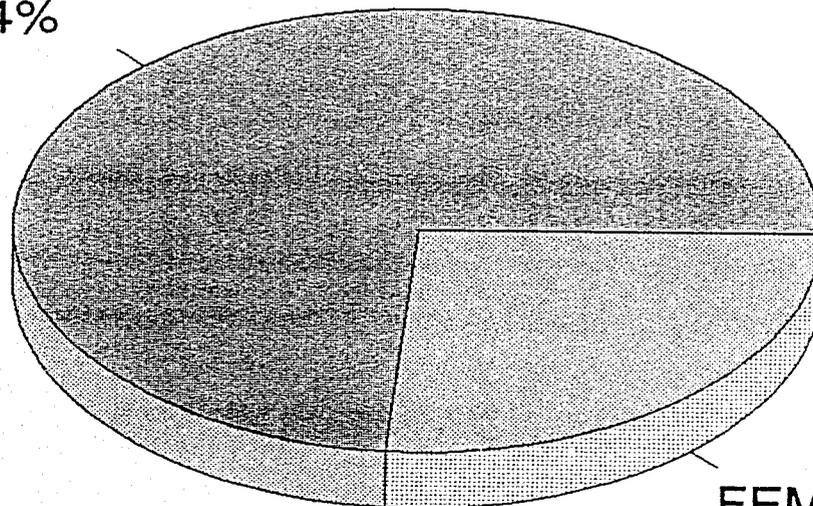
S E X O	No. DE PACIENTES	%
MASCULINO	31	73.8
FEMENINO	11	26.2
T O T A L	42	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

DISTRIBUCION POR SEXO GRUPO "A"

GRAFICO 4

MASCULINO
31 74%



FEMENINO
11 26%

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS. HPFBA. 1994.

CUADRO 5
DISTRIBUCION POR SEXO
GRUPO " B "

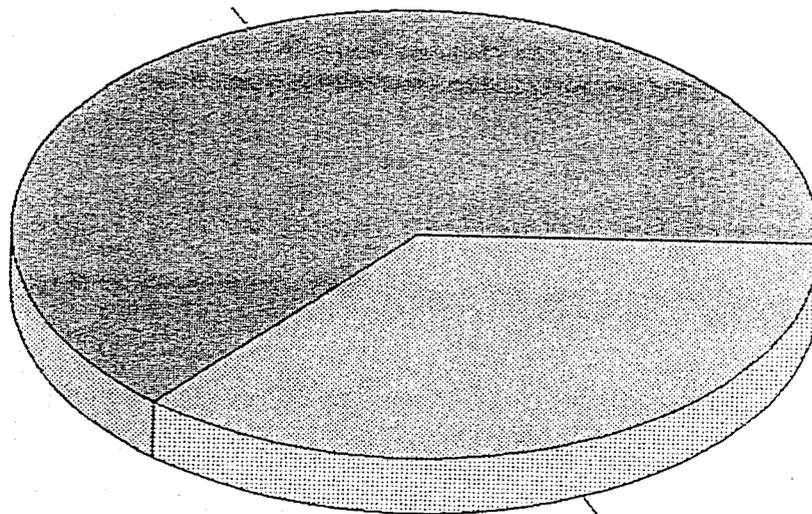
S E X O	No. DE PACIENTES	%
MASCULINO	64	64.0
FEMENINO	36	36.0
T O T A L	100	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

DISTRIBUCION POR SEXO GRUPO "B"

GRAFICO 5

MASCULINO
64 64%



FEMENINO
36 36%

FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

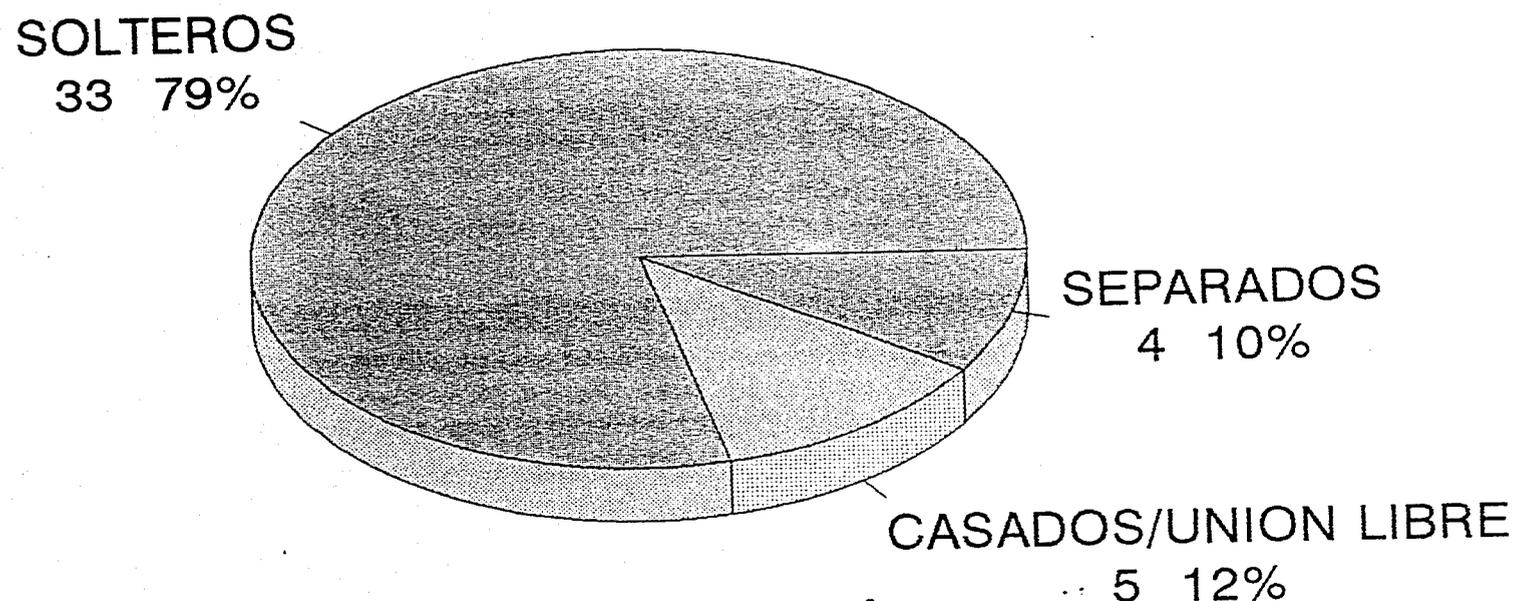
CUADRO 6
ESTADO CIVIL
GRUPO " A "

ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	%
SOLTEROS	33	78.6
CASADOS/UNION LIBRE	5	11.9
SEPARADOS	4	9.5
T O T A L	42	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

ESTADO CIVIL GRUPO "A"

GRAFICO 6



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

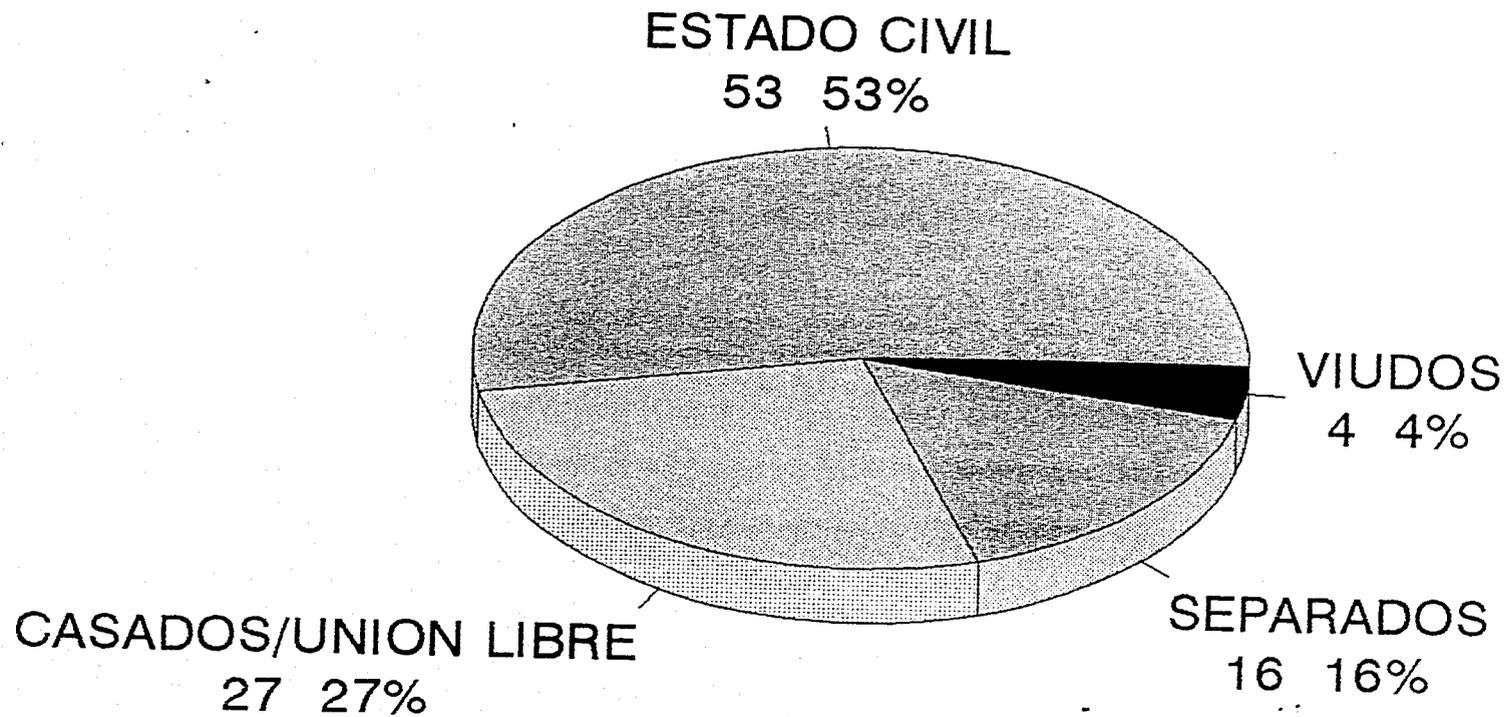
CUADRO 7
ESTADO CIVIL
GRUPO " B "

ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	%
SOLTEROS	53	53.0
CASADOS/UNION LIBRE	27	27.0
SEPARADOS	16	16.0
VIUDOS	4	4.0
T O T A L	100	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

ESTADO CIVIL. GRUPO "B"

GRAFICO 7



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 8

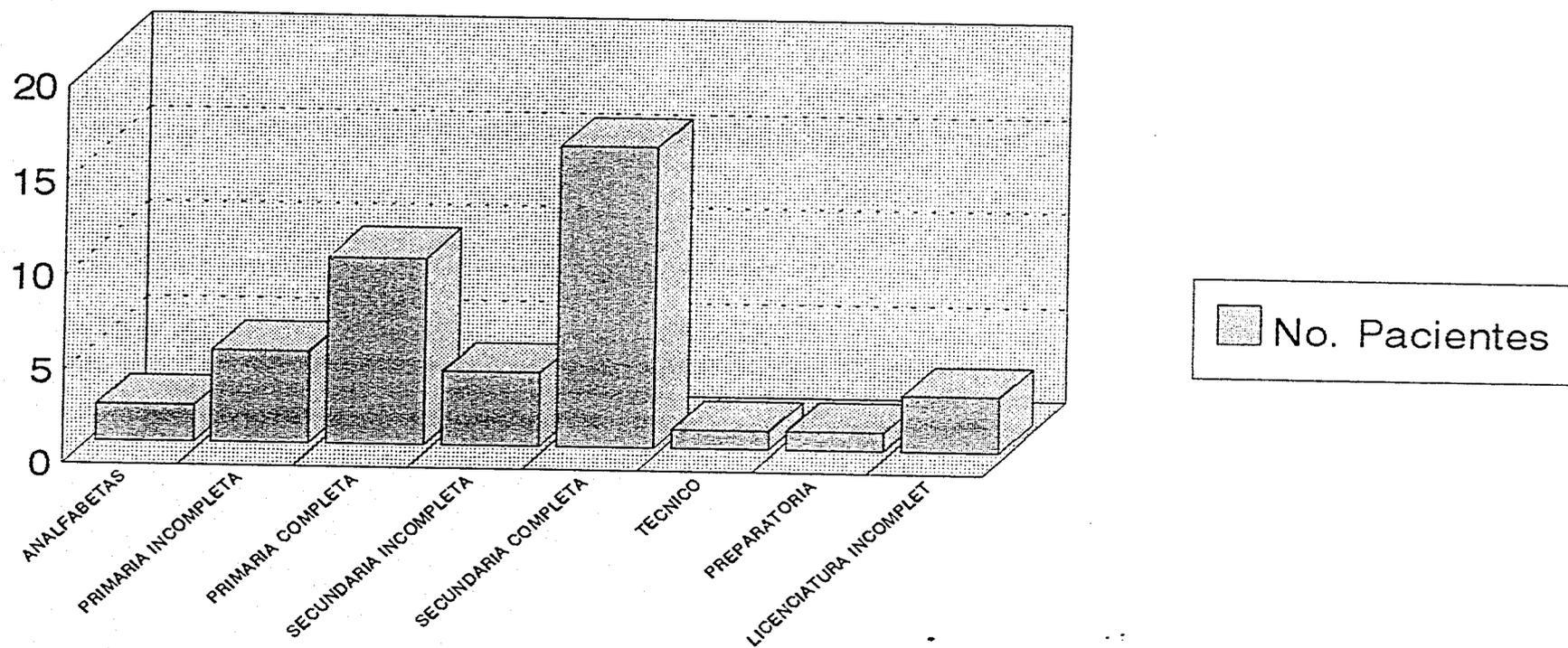
ESCOLARIDAD EN EL GRUPO " A "

ESCOLARIDAD	No. PACIENTES	%
ANALFABETAS	2	4.8
PRIMARIA INCOMPLETA	5	11.9
PRIMARIA COMPLETA	10	23.8
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	9.5
SECUNDARIA COMPLETA	16	38.1
TECNICO	1	2.4
PREPARATORIA	1	2.4
LICENCIATURA INCOMPLETA	3	7.1
T O T A L	42	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

ESCOLARIDAD EN EL GRUPO "A"

GRAFICO 8



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 9

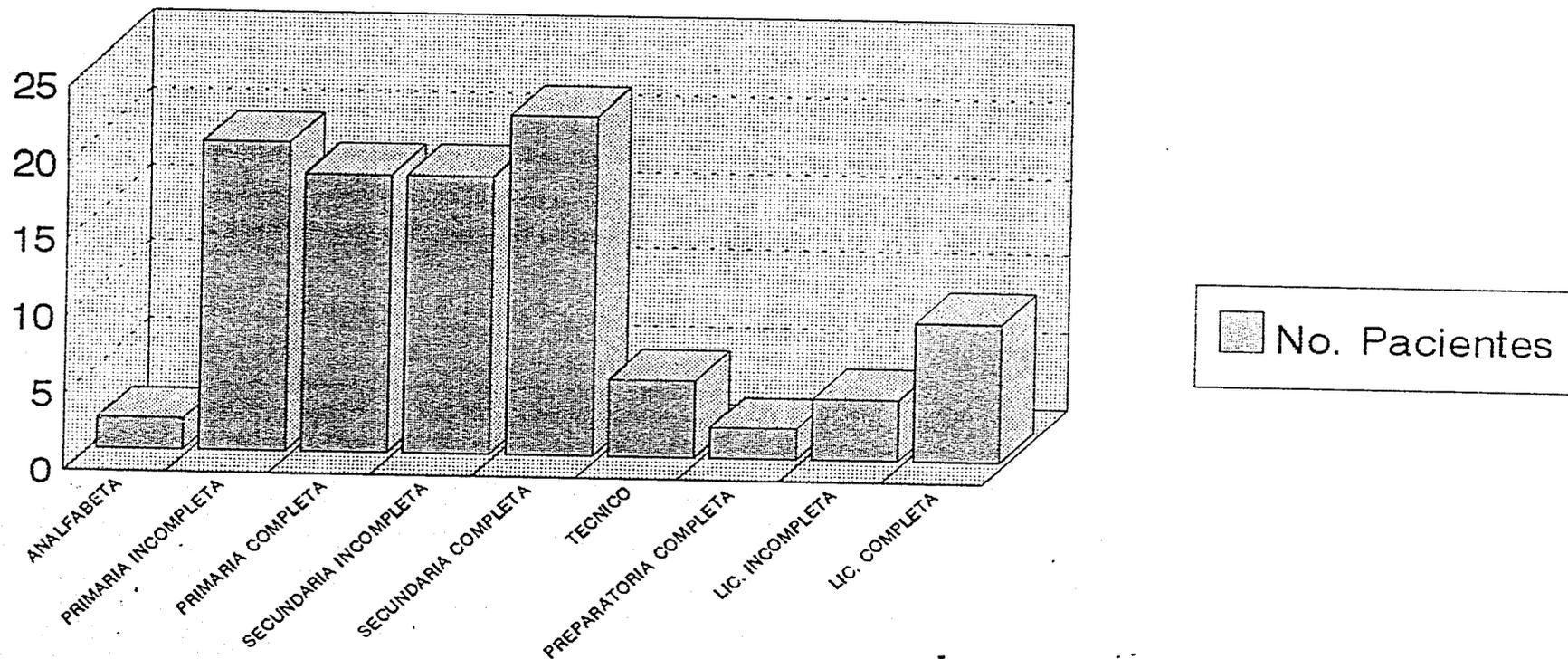
ESCOLARIDAD EN EL GRUPO " B "

ESCOLARIDAD	No. PACIENTES	%
ANALFABETAS	2	2.0
PRIMARIA INCOMPLETA	20	20.0
PRIMARIA COMPLETA	18	18.0
SECUNDARIA INCOMPLETA	18	18.0
SECUNDARIA COMPLETA	22	22.0
TECNICO	5	5.0
PREPARATORIA	2	2.0
LICENCIATURA INCOMPLETA	4	4.0
LICENCIATURA COMPLETA	9	9.0
T O T A L	100	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

ESCOLARIDAD EN EL GRUPO "B"

GRAFICO 9



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 10
CONSULTAS MEDICAS POSTERIORES AL EGRESO
GRUPO " A "

TIPO DE CONSULTA	No. DE CONSULTAS	%
CONSULTA EXTERNA	200	85.5
URGENCIAS	34	14.5
T O T A L	234	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 11
CONSULTAS POSTERIORES AL EGRESO
GRUPO " B "

TIPO DE CONSULTA	No. DE CONSULTAS	%
CONSULTA EXTERNA	157	60.6
URGENCIAS	102	39.5
T O T A L	259	100.0

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 12
NUMERO DE REINTERNAMIENTOS POR SEXO, EN LOS
18 MESES POSTERIORES AL EGRESO
GRUPO " A "

No. DE REINTERNAMIENTOS	SEXO				T O T A L	
	MASC.	%	FEM.	%	No.	T O T A L
SIN REINTERNAMIENTOS	28	66.7	11	26.2	39	92.9
UN REINTERNAMIENTOS	3	7.1	0	0.0	3	7.1
T O T A L	31	73.8	11	26.2	42	100.0

Porcentajes en relacion al total.

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 13
 NUMERO DE REINTERNAMIENTOS POR SEXO, EN LOS
 18 MESES POSTERIORES AL EGRESO
 GRUPO " B "

No. DE REINTERNAMIENTOS	SEXO				T O T A L	
	MASC.	%	FEM.	%	No.	T O T A L
SIN REINTERNAMIENTOS	47	47.0	22	22.0	69	69.0
UN REINTERNAMIENTO	9	9.0	9	9.0	18	18.0
DOS REINTERNA- MIENTOS Y MAS	8	8.0	5	5.0	13	13.0
T O T A L	64	64.0	36	36.0	100	100.0

Porcentajes en relacion al total

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

CUADRO 14

PROMEDIO DE DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA (DEH) POR
REINTERNAMIENTO, EN LOS GRUPOS BAJO ESTUDIO

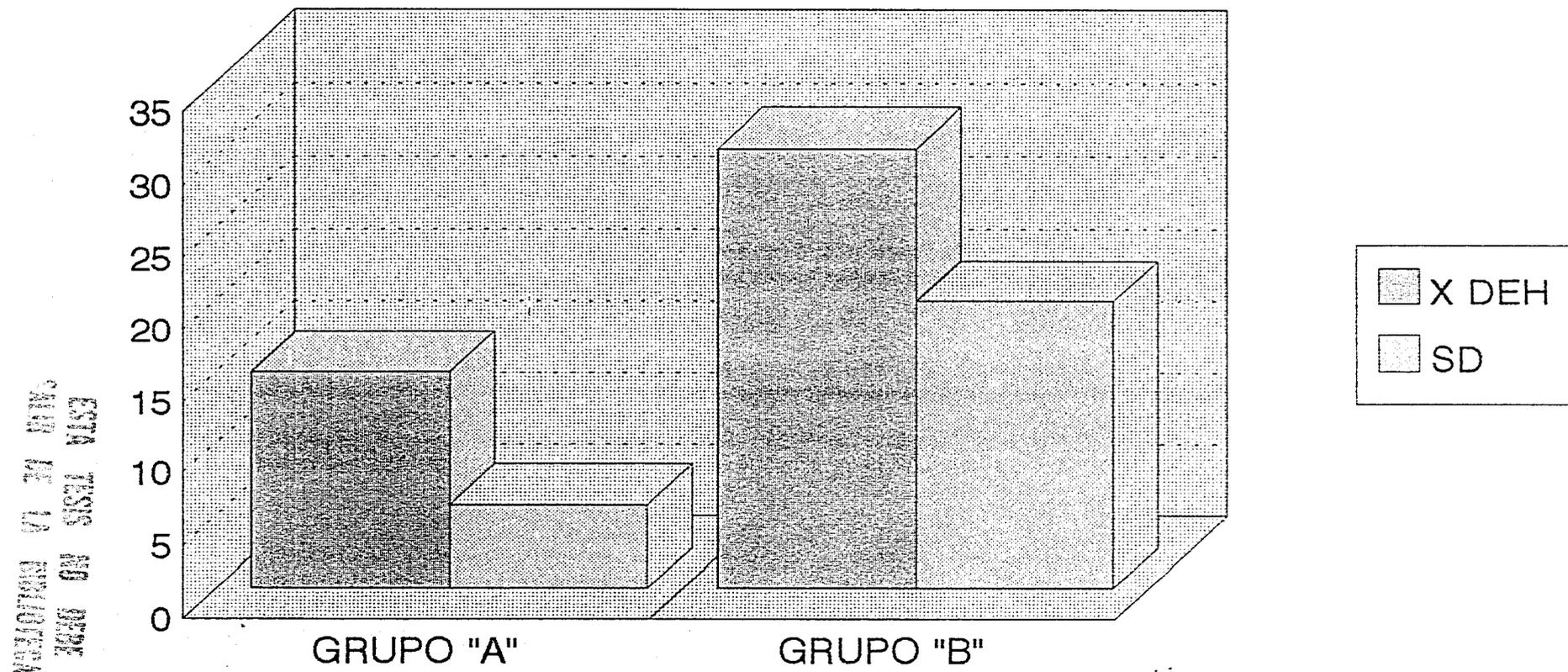
GRUPO	\bar{X} DEH	SD
" A "	15.0	5.7
" B "	30.5	19.6

SD = Desviacion Estandar

FUENTE: Expedientes Clinicos. HPFBA. 1994.

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA (DEH) POR REINTERNAMIENTO, GRUPOS "A" Y "B"

GRAFICO 10



FUENTE: Expedientes Clínicos. HPFBA. 1994.

SD = Desviación Estándar

IX. RESULTADOS Y DISCUSION

En cuanto a las principales causas de morbilidad en los grupos bajo estudio, encontramos que las psicosis esquizofrénicas ocupan el primer lugar con el 25.4 %, seguidas de las psicosis orgánicas con el 22.3 %, por los problemas relacionados con drogas el 10.6 %, los trastornos relacionados con epilepsia el 8.5 %, las psicosis alcohólicas el 6.3 %, las psicosis afectivas con el 3.5 %, los trastornos de personalidad con el 2.8 %, el síndrome de dependencia a alcohol el 2.8 %, las psicosis por drogas con el 2.8 % y las psicosis no orgánicas con el 2.1 %, mientras que todas las demás sumaron el 12.0 %.

En función de los datos encontrados, obtenemos que la suma total de los pacientes estudiados es de 142 (100%), de los cuales 42 (29.58%) conformaron el grupo A, esto es, los pacientes egresados por mejoría de Hospitalización Parcial, mientras que 100 (70.42%) conforman el grupo B, pacientes egresados por mejoría de Hospitalización continua y que no transitaron por Hospitalización Parcial.

Dentro del Grupo A se encontraron 31 hombres (73.81%) y 11 mujeres (26.19%). En cuanto a grupos etarios en hombres del grupo A se observa que la mayoría está ubicada en rangos jóvenes, ya que el 87.09% (27 pacientes) se ubican entre los

20 y 39 años. En relación al estado civil, se observa que el 83.87% (26 pacientes) son solteros, mientras que 3 (9.68%) son casados o en unión libre y el 6.45% (2 pacientes) se refieren como separados o divorciados.

En el mismo grupo A en relación con mujeres, el 90.91% (10 pacientes) se encuentran entre los 20 y 34 años de edad, mientras que su estado civil representa el 63.64% (7 pacientes) solteras, el 18.18% (2 pacientes) como casadas o en unión libre, además de 2 pacientes (18.18%) como separadas o divorciadas.

Observamos en el área de escolaridad del grupo A cierto grado de heterogeneidad, ya que para los hombres, encontramos analfabeta a una persona, primaria incompleta a 3 pacientes, 7 con primaria completa, 4 con secundaria incompleta, 13 con secundaria completa, uno con preparatoria y 2 con licenciatura incompleta. En cuanto a mujeres también encontramos una paciente analfabeta, 2 con primaria incompleta, 3 primaria completa, 3 secundaria completa, una paciente con estudios secretariales y una con licenciatura incompleta.

Destaca que el total de consultas en los 18 meses subsiguientes a su egreso de Hospitalización Parcial,

sumaron 234, distribuídas para Consulta Externa 200 consultas (85.47%), mientras que las consultas en el servicio de Urgencias totalizaron 34 (14.53%).

En cuanto a los reinternamientos se identificaron 3, que representa el 7.14 % del total de pacientes egresados por mejoría durante 1992.

En relación al Grupo B, esto es, los pacientes egresados únicamente de Hospitalización Continua sin pasar por Hospital Parcial y que sumaron 100 pacientes, se distribuyeron por sexo 64 hombres contra 36 mujeres. La distribución por grupos etarios, se dió de modo tal que encontramos adultos jóvenes en cuanto 3 de 15 a 19 años, esto es mejor dicho de 18 a 19 años, obteniendo que el 81.25% de los pacientes estuvieron comprendidos entre 18 y 39 años. En cuanto a las mujeres del mismo Grupo B la proporción desciende a 72.22% en las pacientes de 18 a 39 años. En ambos sexos se considera grupos jóvenes, dadas las expectativas de vida prevalecientes en nuestro país en la actualidad.

En cuanto al estado civil en hombres del Grupo B, encontramos que el 59.38% (38 pacientes) se refirieron como solteros, el 21.86% (14 pacientes) como casados o en unión libre, el 3.13 / (2 pacientes) viudos y 10 pacientes (15.63%) como

divorciados o separados. En cuanto al estado civil en mujeres del Grupo B, 15 paicentes (41.67%) se encontraron solteras, 13 (36.11%) casadas o en unión libre, 2 (5.56%) viudas y 6 (16.66%) separadas o divorciadas.

La escolaridad dentro del Grupo B en hombres arrojó 2 analfabetas, 13 pacientes con primaria incompleta, 12 con primaria completa, 10 con secundaria incompleta, 17 con secundaria completa, 2 con preparatoria, 3 con licenciatura incompleta y 5 con leenciaturua completa. La escolaridad en mujeres no arrojó paicentes analfabetas, 7 con primaria incompleta, 6 con primaria completa, 8 con secundaria completa, 5 con estudios secretariales, una paciente con licenciatura incompleta y 4 con licenciaturua completa.

En cuanto al número de reinternamientos encontrados, tenemos que se registra en el 28 % de los casos, 17 pacientes con un reinternamiento, 9 con dos reinternamientos y dos con tres reinternamientos.

Relacionado con el número de consultas en los 18 meses subsiguientes al egreso por mejoría se registran 159 consultas en total, distribuidas en 157 para la Consulta Externa y 102 para el servicio de Urgencias.

Conviene destacar en este espacio, el hecho que dado el criterio de inclusión para el estudio, en el grupo A fué el egreso por mejoría, una parcial, no incluyendo entonces a todo aquel paciente qu abandonó esta modalidad terapéutica, por lo que debe evaluarse objetivamente con fines de medir la eficacia en términos de tratamientos completados y explicar en otro momento, las diferentes causas que obligan al abandono de cicha modalidad. El número de pacientes, que abandonaron la hospitalización parcial fué de 13 en el período comprendido al año de 1992.

X. CONCLUSIONES

El presente estudio arroja resltados que confirman un control más adecuado a través del tiempo, una vez que el paciente transcurre durante el tiempo necesario en Hospitalización Parcial (cuatro meses en promedio) ya que los reinternamientos en el Grupo A si bien se presentan, éstos se reducen al 7.14% dentro de los primeros 18 meses subsecuentes a su egreso por mejoría, mientras que en los pacientes que solo transcurrieron por Hospitalización continua, si bien egresaron por mejoría, ésta se vió afectada evidenciándose una pobre conciencia de enfermedad mental y limitado apego terapéutico, ya que se observa un

porcentaje de recaídas que obligan al reinternamiento en un 28%.

No solo las recaídas representadas por reinternamientos se valoraron, sino que además, en relación con el promedio de días estancia por reinternamiento, se encontró que en los pacientes con antecedentes de Hospitalización Parcial el promedio de días estancia fué de 15 días por reinternamiento, mientras que en los pacientes sin hospitalización parcial, ascendió a 29.5 días estancia en promedio por reinternamiento.

Considero que estos resultados contribuyen a demostrar que actividades terapéuticas en modelos de atención incorporados a los ya existentes, incrementan la calidad y calidez de los servicios que se proporcionan en relación al proceso salud-enfermedad, sin pretender sustituir un modelo con otro, ya que la hospitalización continua deberá seguir siendo la base fundamental de atención y serán sus diversas modalidades las que logren consolidar, en el área de la salud mental, el derecho de protección a la salud.

X.I. B I B L I O G R A F I A

- 1.- Freedman A., Kaplan H.: Tratado de psiquiatría, ed Salvat, México tomos I - II, 1982.
- 2.- Freedman a., Kaplan H.: Compendio de Psiquiatría, Ed Salvat, México, 1984.
- 3.- Ettliger R., Beigel A., Feder S., The Partial Hospital as a Transition from Inpatient Treatment: A Controlled Follow-Up Study, Amer. J. Psychiat 127:10 April 1981.
- 4.- Vidalis A. T. D., Preston & Baker G. h.: 1s Day Hospital Treatment efectiva, and can succes be predicted?. The International Journal of Social Psychiatry Vol. 36 No. 2, 1990.
- 5.- Goldman David I.: The uses of a Medication Group in a Day Hospital. International Journal of Partial Hospitalization, Vol. IV No. 2, 1987.
- 6.- Alfs Diane S. W., McClellan M. S. W.: A Day Hospital Program for Dual Diagnoses patients in a E. V. Medical Center. Hospital and Comunity Psychiatry, March 1992.
- 7.- Baker G. B., Gardner B., Perez-Gil J., Wood R.: Psichiatric Day Hospitals: The Patients and Their Preferences in Treatment.
- 8.- Corcoran Kevin Ph. D., Vandiver-Heat M. S. W.: Treating of Choronic Mentally ill: Issues and evaluation of Partial Hospitalization.
- 9.-Castañeda-Gonzalez C. J.: El Hospital Psiquiátrico Moderno, Editorial, Revista Psiquis, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Vol. II, No. 6, Enero-Febrero, 1993.

10.- Herz Marvin I. M. D., Endicott J. Ph. D., Spitzer R. F. D., Mesnikof A. M. D.: Day Versus Impatiente Hospitalization: A Controlled Study. Amer. J. Psychiat, 127:10, 1971.

11.- Deibenluft Ellen M. D. and Deibenluft Robert: Reimbursement for Partial Hospitalization: A survery and policy Implications Amer. J. Psychiatry 145:12, December, 1988.

12.- Organización Panamericana de la Salud: Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie PLATEX para ejecutores de programas de Salud No. 19. Washington D. C., E. U. A., 1992.